

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1230.

DE
L'OSTÉOMYÉLITE AIGÜE
DES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 22 juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL (René)

Né le 9 janvier 1872 à Bône (département de Constantine),

Elève à l'Ecole du service de santé militaire.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1896

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1230.

DE
L'OSTÉOMYÉLITE AIGÜE
DES VIEILLARDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 22 juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL René

Né le 9 janvier 1872 à Bône (département de Constantine),
Elève à l'Ecole du service de santé militaire.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVÉAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LEPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.) —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. DEVIC.	MM. ROLLET
BEAUVISAGE.	DOYON.	ROQUE.
BOYER.	DURAND.	ROUX.
COLLET.	GANGOLPHE.	SIRAUD.
CONDAMIN.	MOREAU.	VALLAS.
COURMONT.	POLLOSSON (Aug.).	CAUSSE { chargé des fonctions
CURTILLET.	ROCHET.	d'agrégé.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Président*; M. Maurice POLLOSSON, *Assesseur*; MM. ROCHET et ROLLET, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Grand-Père,

LE DOCTEUR M.-N. PAUL,

Médecin en chef de l'Armée d'Afrique.

A mon Père et à ma Mère,

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A mon Oncle, le Docteur E. PAUL.

A Monsieur le Médecin-Major L. FERRATON,

Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

A mes Amis.

A mon Président de Thèse,

Monsieur le Docteur PONCET,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon,

Chevalier de la Légion d'honneur.

A mes Chefs de l'Ecole du Service de Santé militaire.

A mes Maîtres de la Faculté de Lyon.

INTRODUCTION.

Pendant notre stage dans les services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu et en particulier à la clinique de M. le professeur Poncet, nous avons eu l'occasion de voir entrer deux malades : le premier, un vieillard de 63 ans, d'aspect misérable, très cachectique, présentait un peu au-dessous du genou droit une tuméfaction douloureuse assez considérable. Il racontait qu'elle avait apparu quelque temps après un léger traumatisme, s'accompagnant de grands frissons, d'une fièvre intense et de douleurs atroces, surtout la nuit ; « il semblait, disait le malade, que l'on me broyait les os ». Il fut facile de reconnaître là le génie de l'ostéomyélite.

L'histoire du second malade, âgé de 58 ans, était non moins concluante. Il entraît salle Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Pollosson, porteur d'un gonflement énorme de toute l'épaule gauche. Ce gonflement, surtout marqué en arrière au niveau de l'omoplate, s'était formé en quelques jours, sans cause appréciable, s'accompagnant d'un état général des plus grave et de douleurs très vives ; les moindres mouvements imprimés à son articulation, la plus légère pression lui arrachaient des cris ; la marche suraiguë de l'affection semblait si caractéristique, que M. le professeur Pollosson fit cette réflexion : « Si c'était

un jeune homme, on devrait dire ostéomyélite, mais il a 58 ans ! » On fut obligé à cause de la grande faiblesse du malade, de pratiquer une intervention sans anesthésie, mais il mourut quelques jours après, en présentant tous les symptômes de l'infection purulente.

Nous avons été frappé d'observer chez des gens âgés, une affection qui jusqu'à ce jour a été considérée comme l'apanage presque exclusif du jeune âge. Croyant nous-même, au début de ce travail, à la rareté de l'ostéomyélite chez le vieillard, nous avons été fort surpris de voir que les auteurs qui se sont beaucoup occupés de l'ostéomyélite en général, la signalent comme possible à tout âge et donnent plusieurs observations à l'appui de cette assertion.

Suivant les conseils de M. le professeur Poncet, il nous a paru intéressant de rechercher dans la littérature chirurgicale tous ces cas d'ostéomyélite sénile et de les réunir dans une étude d'ensemble.

L'ostéomyélite infectieuse avec ses diverses formes qui lui ont valu les dénominations les plus diverses (ostéomyélite phlegmoneuse diffuse, ostéite maligne, typhus des membres, ostéite juxta-épiphysaire, etc...) avait donc semblé jusqu'à ces derniers temps, appartenir à l'enfance et à la jeunesse. On la voyait emprunter du moins au développement du squelette des caractères particuliers tels que, la croissance terminée, on croyait ne plus la rencontrer avec l'ensemble des signes cliniques qui en faisait une affection spéciale en quelque sorte aux jeunes sujets. Cette manière de voir est beaucoup trop exclusive et nous croyons

avec M. le professeur Poncet, que l'infection staphylococcienne, streptococcienne ou autres peut se montrer à toutes les périodes de l'existence. Aux deux extrêmes de la vie, on observerait l'ostéomyélite infectieuse dans sa forme la plus grave (ostéomyélite infectieuse suraiguë), en même temps que l'on verrait des formes plus bénignes (ostéomyélite aiguë et subaiguë) qui relèveraient d'une infection moins sévère. Nous sommes donc convaincu que l'ostéomyélite chez les vieillards, loin d'être une rareté, est relativement fréquente et nous essaierons de démontrer qu'elle affecte deux sortes de formes symptomatologiques : nous nous attarderons surtout à décrire une forme suraiguë à marche foudroyante, de type clinique bien net et malheureusement la plus fréquente. Nous insisterons sur la nécessité de la reconnaître dès le début et de poser un diagnostic exact que suivra une intervention hâtive et complète, seule capable de sauver le malade.

Mais d'abord quelles sont les limites de notre sujet ? Sous le nom d'ostéomyélite, on rassemble à tort aujourd'hui toutes les ostéites : d'où les dénominations diverses d'ostéomyélite des maladies infectieuses, des fièvres éruptives, d'ostéomyélite syphilitique, etc... Comme nous n'avons pas l'intention d'embrasser toute la pathologie osseuse, nous les éliminerons de notre sujet. Nous ne voulons pas non plus parler de ces cas si fréquemment observés à tout âge, qui ne sont que des récidives d'ostéomyélite, ayant débuté manifestement pendant le jeune âge et que l'on a dénommées *ostéomyélites prolongées*. De même, notre sujet ne comprendra pas les abcès osseux développés à la suite

de fractures récentes ou anciennes, mal consolidées, et causés par la présence d'un cal vicieux. Notre but est d'étudier simplement chez le vieillard cette affection que l'on rencontre si fréquemment dans le jeune âge, dont le siège primitif est la moelle osseuse et qui revêt des allures typhoïdes telles, que Chassaignac l'appelait « le typhus des membres ».

Nos observations sont au nombre de 12 : elles ont trait à des sujets âgés de 47 à 68 ans. Nous aurions pu en multiplier le nombre, mais nous n'avons voulu présenter que des observations typiques se rapportant à des malades exempts de toute tare pathologique héréditaire ou personnelle.

Nous avons intitulé notre thèse *ostéomyélite aiguë des vieillards*, bien que plusieurs de nos observations appartiennent à des sujets d'âge moyen, mais afin de mieux attirer l'attention sur cette variété de lésions spontanées du squelette : on sait d'ailleurs (ainsi que le disait à ce propos M. Tixier), *que notre âge est sans pitié!*

Dans les deux premiers chapitres nous faisons un historique très court de la question, et nous donnons quelques notions sur l'étiologie spéciale de l'affection ; nous aborderons ensuite l'étude des différents types cliniques de l'ostéomyélite sénile. Comment débute-t-elle ? Quelle est sa marche, sa durée, ses terminaisons ? Quelles peuvent être ses diverses lésions anatomo-pathologiques ? De cette anatomo-pathologie quel traitement rationnel résultera-t-il et quelles en seront les indications suivant les diverses modalités ? Quel résultat post-opératoire peut-on enfin espérer ?

Voilà les diverses questions, qu'en chapitres différents nous allons essayer de résoudre.

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous vient à cœur un sentiment de profonde reconnaissance pour tous ceux qui nous ont porté quelque intérêt, témoigné de la sympathie ou aidé de leurs conseils.

M. le professeur Poncet, dont nous sommes fier d'être l'élève, nous inspira ce modeste travail ; il ne nous a ménagé, pour le mener à bonne fin, ni son temps, ni ses conseils. Il nous fait l'insigne honneur de présider aujourd'hui notre soutenance. Nous n'oublierons jamais les bontés dont nous a comblé ce Maître, à qui nous sommes heureux d'offrir ici, en même temps que nos sincères remerciements, l'expression de notre plus vive gratitude.

Nous remercions M. le professeur Ollier du grand honneur qu'il nous a fait de s'intéresser vivement à notre thèse et de l'amabilité avec laquelle il nous a permis de recueillir des observations dans son service.

Que M. le professeur agrégé Curtillet, veuille bien recevoir le témoignage de notre vive gratitude pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a fait et pour les précieuses indications qu'il nous a données.

Nous ne saurions oublier M. le Dr Villard, chef de la clinique chirurgicale de M. Poncet ; nous devons à son obligeance une intéressante observation ; il nous a donné maintes fois, avec la plus grande bienveillance, ses judicieux conseils.

M. le Dr Dor a mis, avec beaucoup d'empressement, à notre disposition, les ressources de son laboratoire ; nous l'en remercions vivement.

Durant une longue maladie nous avons contracté de grandes dettes de reconnaissance. Nous nous souviendrons toujours des soins pleins de bonté, des encouragements, des conseils que nous ont prodigués alors M. le professeur Robert et M. le professeur Richard. Nous lès assurons, ici, de notre éternelle reconnaissance. Merci à tous ceux qui, de près comme de loin, en ces pénibles circonstances, se sont tant intéressés à notre sort et nous ont témoigné sollicitude et amitié.

Avant de quitter Lyon, nous réunissons, dans une même pensée de gratitude et d'adieu, nos Maîtres de l'Ecole, de la Faculté, des Hôpitaux civils et militaires, qui ont tant contribué à notre instruction.

Nous nous souviendrons toujours de toutes les marques de plus vive sympathie que nous ont témoignées, en nous quittant, les camarades de notre ancienne promotion. Nous emportons enfin, de tous nos autres camarades d'Ecole, le meilleur souvenir.

Que nos amis intimes nous permettent de les assurer de notre profonde affection.

R. P.

HISTORIQUE.

Notre intention n'est pas de faire un historique complet de l'ostéomyélite. Il a été d'ailleurs définitivement établi dans la plupart des remarquables travaux d'ensemble sur la question. Ce qui nous intéresse plus particulièrement, c'est la part faite aux adultes et aux vieillards dans tous ces travaux. Disons de suite qu'elle est peu considérable. Chassaignac, le premier, relate sans aucun commentaire, un cas d'ostéomyélite aiguë au-dessus de cinquante ans. Lannelongue, dans ses immortels travaux sur l'ostéomyélite, parle d'un cas survenu chez un homme âgé, mais il se demande si ce n'est pas un cas d'ostéomyélite prolongée dont le début serait passé inaperçu pendant la période de croissance. A la suite d'une longue discussion à ce sujet, il conclut à l'existence de l'ostéomyélite, en tant que primitive chez le vieillard, au même titre que chez l'enfant et l'adolescent.

Une statistique établie dans le service de M. le professeur Ollier montre que sur 312 cas d'ostéomyélite, 10 ont été observés chez des malades de 40 à 50 ans et 8 au-dessus de 50 ans. M. le professeur Ollier, qui a bien voulu s'intéresser à notre thèse, admet l'existence d'une ostéomyélite spontanée chez le vieillard; pour lui, elle affecterait des formes très graves. Dans la

statistique de Haaga, reproduite par Gangolphe, on lit que, pour 100 cas d'ostéomyélite, il y a :

A 41 ans. . .	1 cas.	46 ans. . .	1 cas.
42 ans. . .	2 cas.	50 ans. . .	1 cas.
43 ans. . .	2 cas.	au-dessus.	2 cas.
45 ans. . .	2 cas.		

Pour Garré aucun âge n'est à l'abri de l'ostéomyélite aiguë et Kraske prétend que l'ostéomyélite, passé 50 ans, est loin d'être une rareté. Lohmann (thèse Tübingen, 1892) a publié 3 cas d'ostéomyélite survenue chez des malades âgés de 54 ans et de 50 ans. Dans la thèse de Lemoyne (1885, Paris), on trouve également relatées plusieurs observations typiques d'ostéomyélite sénile aiguë. M. le professeur agrégé Jaboulay, dans la thèse d'un de ses élèves (Blanchon, th. Lyon, 1895), en a publié dernièrement deux cas très intéressants survenus chez des malades âgés de 48 et 54 ans. M. le professeur Poncet se souvient également de plusieurs cas de ce genre. M. Villard, chef de la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, nous a fourni une observation d'ostéomyélite aiguë observée chez une femme de 55 ans. Nous relatons également une observation des plus intéressante, due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Durand.

M. Tixier, interne des hôpitaux de Lyon, a bien voulu nous communiquer une remarquable observation, publiée récemment, sur un cas d'ostéomyélite de l'omoplate survenue chez un homme de 58 ans.

Nous avons trouvé, enfin, dans la science, plusieurs observations émanant de sources les plus diverses : Kraske, Berger, Scheede, etc., ont publié des faits d'ostéomyélite au-dessus de 50 ans.

Nous avons réuni 12 observations; nous aurions pu en multiplier le nombre, mais nous n'avons voulu présenter que des observations absolument typiques. Nous sommes d'ailleurs bien loin de nous flatter d'avoir rassemblé tout ce qui existait dans la littérature chirurgicale.

Nos observations ont trait à des malades âgés de :

43 ans 1 cas (Heurtaux).	47 ans 1 cas (Duguet).
53 ans 1 cas (Alessandri).	54 ans 3 cas (Lohmann).
55 ans 1 cas (Villard).	58 ans 1 cas (Tixier).
61 ans 1 cas (Ricard).	63 ans 1 cas (Poncet).
65 ans 1 cas (Poncet).	68 ans 1 cas (Ollier).

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE.

La prédominance de l'ostéomyélite chez les garçons, démontrée par les nombreuses statistiques des auteurs, ne semble plus être observée pour l'ostéomyélite sénile : sur 12 observations, 6 ont trait à des femmes.

On ne peut non plus, chez le vieillard de même que chez l'adulte, donner au *traumatisme* l'importance étiologique qu'il occupe dans l'ostéomyélite de l'adolescence. Nous ferons remarquer, néanmoins, que dans

trois de nos observations l'affection semble relever d'un traumatisme léger ou violent ; elle ne revêt point alors la forme suraiguë propre de l'ostéomyélite spontanée et se rapproche plutôt du type classique observé dans l'enfance. Nous la voyons débiter parfois bien longtemps, deux mois, quatre mois, plusieurs années après le traumatisme.

Nous éliminons d'emblée des causes prédisposantes de l'ostéomyélite sénile : la syphilis, le rachitisme et surtout la tuberculose. Nous nous sommes particulièrement attaché à présenter des observations exemptes de toutes ces tares. Aucun de nos malades ne présente des antécédents de tuberculose même douteuse. Nous croyons plutôt que les *privations, l'état de misère physiologique, les fatigues excessives, le surmenage*, jouent le rôle le plus important dans l'étiologie de l'affection.

Mais quelle est la part du *rhumatisme* ?

L'école de Strasbourg avec Schutzensberger lui avait assigné, dans l'étiologie de l'ostéomyélite en général, un rôle assez important, rôle qu'il n'a plus actuellement. Il est évident que des suppurations abondantes telles que celles de l'ostéomyélite ne peuvent être du génie de la diathèse rhumatismale. Tous les chirurgiens sont d'accord avec Lannelongue pour dire que « ni la marche de l'ostéomyélite, ni la suppuration « qui l'accompagne, ni les complications d'ordre septic « tique ne permettent de pousser plus loin un rappro- « chement en faveur du rhumatisme ; toute l'analogie « avec le rhumatisme se résume à l'intervention de « l'une des causes d'où naît ordinairement le rhuma-

« tisme et cette intervention manque souvent. » Il nous faut néanmoins signaler que chez un de nos vieillards nous avons noté cette coïncidence d'un rhumatisme aigu ou chronique. Nous verrons également qu'il est malaisé de différencier ces formes suraiguës avec complications articulaires d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Nous n'insisterons pas sur l'influence des fièvres éruptives, sur la production des formes dites ostéomyélitiques, persuadé que nous sommes que celles-ci n'ont rien de commun avec l'ostéomyélite vraie. Trois de nos observations relèvent manifestement de l'influence du froid et surtout du *froid humide*. Nous voyons même quelquefois l'affection se produire au niveau même des points exposés à cette injure. Nous dirons donc que le froid, le surmenage, la misère physiologique et le traumatisme sont les causes prédisposantes les plus communes de l'ostéomyélite sénile.

Mais le plus souvent on a une absence complète de cause. Une cause plus générale semble présider à la pathogénie de l'ostéomyélite sénile dont le froid, le traumatisme, le surmenage ne viennent que simplement favoriser les effets, déterminer la localisation et l'intensité. Cette cause quelle est-elle ? Lannelongue a pu invoquer pour les adolescents « l'irritation physiologique qui préside à la croissance de l'os ». Elle n'existe certainement pas chez un sexagénaire dont le système osseux n'est plus en état de croissance. On admet aujourd'hui que la cause capitale, indispensable, que d'autres causes viennent seulement renforcer, c'est l'agent infectieux, le micro-organisme, ce

que visaient les anciens auteurs bien avant la bactériologie sous le nom de *vice interne* (Gosselin), de *cause dyscrasique générale*, etc. Or la porte d'entrée de ce micro-organisme est le plus souvent impénétrable ; elle n'apparaît pas dans la plupart de nos observations, sauf dans une (observation de Jaboulay) : c'est un cas d'ostéomyélite consécutive à un anthrax de l'épaule ; la pathogénie en est d'autant plus intéressante que la lésion osseuse n'a point été la propagation directe de l'anthrax et que son indépendance des accidents cutanés a été nettement prouvée par l'intégrité absolue des tissus sous-jacents intermédiaires, ce que l'on remarqua lors de l'intervention. C'est donc là un fait bien évident de *métastase* ; nous le rapprochons volontiers d'un autre cas d'ostéomyélite suraiguë de l'humérus consécutive à un simple panari.

Au point de vue du siège de la localisation, nous voyons dans le tableau suivant figurer en première ligne le tibia, puis le fémur et l'humérus. L'ostéomyélite frappe surtout l'épiphyse, mais il nous a semblé voir la diaphyse chez le vieillard plus souvent atteinte que chez l'adolescent.

Tibia : 6	{	Extr. sup. : 4.	Fémur : 3	{	Extr. inf. : 2.
		Extr. inf. : 1.			Diaphyse : 1.
		Diaphyse : 1.			
Humérus : 3	{	Extr. inf. : 2.	Omoplate : 1.	{	
		Diaphyse : 1.			

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHÉ. COMPLICATIONS.

Dans ce chapitre fondamental de notre travail, nous essaierons, non seulement d'indiquer quelles sont les analogies et les dissemblances que présente l'ostéomyélite chez les vieillards et dans l'adolescence, nous nous attacherons surtout à démontrer qu'il faut distinguer en clinique deux sortes de formes d'ostéomyélite sénile :

1° Une forme suraiguë, débutant à grand fracas, à marche rapide, dans laquelle les symptômes généraux prédominent et emportent souvent le malade avant que la suppuration ait pu complètement s'établir et le diagnostic s'affirmer exactement. Cette forme est particulièrement intéressante à étudier, d'abord parce qu'elle est la plus fréquente chez le vieillard, alors que chez l'enfant l'ostéomyélite foudroyante est au contraire une rareté; ensuite parce qu'elle revêt des caractères symptomatiques bien spéciaux, que nous avons rencontrés dans toutes nos observations; ces symptômes lui donnent un aspect clinique bien net, qu'il est de la plus grande utilité de connaître, pour éviter par une intervention hâtive et complète une issue fatale.

2° Les autres formes de l'ostéomyélite sénile ont un tableau moins sombre — ce sont des formes aiguës

ou subaiguës ressemblant beaucoup à celles de l'ostéomyélite des adolescents, — elles en diffèrent pourtant par des caractères moins marqués, une intensité moindre de symptômes, une marche moins rapide.

I. Ostéomyélite sénile suraiguë. — Quelle est donc la symptomatologie de la forme suraiguë ?

Le début en est variable. Si l'affection succède à un traumatisme, on voit le plus souvent les phénomènes locaux débiter les premiers sans réaction notable de l'état général. Le symptôme dominant est la douleur au niveau du point traumatisé ; cette douleur peut d'abord n'apparaître que plusieurs jours, plusieurs mois même, après le traumatisme ; elle est d'abord sourde, profonde, intermittente, nocturne, exagérée par la station debout et la marche — elle peut disparaître quelque temps — bientôt elle devient continue, insupportable, parfois atroce ; la moindre pression l'exaspère, le malade est obligé de s'aliter. Si on interroge alors avec soin le malade, on voit qu'en dehors de cette douleur, dont la cause est inflammatoire, il souffre en d'autres points du squelette.

Ces douleurs, ces *ostéalgies* (si bien étudiées par M. le professeur Poncet dans la thèse d'un de ses élèves, M. Mialaret) peuvent être passagères ou persistantes ; elles sont tantôt fulgurantes, s'étendant à tout le membre en suivant le trajet du nerf voisin, tantôt diffuses et donnant alors la sensation de fourmillements qui sont exagérés par la station debout et la marche, et qui, la nuit, réveillent en sursaut les malades. Nous les retrouvons dans toutes nos observations avec une régularité constante.

Ces ostéalgies font souvent leur apparition lorsque le foyer ostéomyélique est formé, la douleur locale apaisée, la suppuration établie; elles revêtent alors le caractère lancinant, elles peuvent être térébrantes, comparées par le malade à celles que provoquerait un instrument qu'on enfoncerait en le tordant dans les os. Le jour, le malade les supporte et peut prendre quelque repos, mais la nuit elles augmentent d'intensité.

Les symptômes généraux apparaissent alors avec une grande intensité. Dans ce premier cas, l'affection a donc commencé par des phénomènes locaux. C'est la forme la moins grave, mais malheureusement la moins fréquente.

L'ostéomyélite sénile suraiguë débute ordinairement par des phénomènes généraux d'une grande intensité; toutes les fonctions de l'organisme sont atteintes : la fièvre est violente, la température peut monter à 40 et 41 degrés; le pouls est accéléré et faible; le malade est très oppressé; il se plaint d'une céphalalgie intense qui ne lui permet aucun repos. Son anxiété est extrême; son faciès revêt une expression de stupeur et d'obnubilation analogue à celle d'un typhique. Le malade délire et pousse parfois des cris continus, perçants, ou bien, au contraire, il est plongé dans une adynamie profonde. Le corps est couvert de sueurs froides; la langue est rôtie, l'anorexie complète; une diarrhée rebelle apparaît, le malade se cachectise rapidement et la mort arrive au bout de quelques jours, avant que la suppuration ait eu le temps de s'établir complètement.

Parfois, le malade semble résister à cette grave infection ; les douleurs peuvent s'apaiser et on voit apparaître du gonflement au niveau de la localisation inflammatoire. Gonflement et douleur peuvent marcher de pair, ou, au contraire, se succéder. La tuméfaction augmente rapidement de volume, elle devient rouge ; la peau est marquée par une lymphangite réticulaire ; mais, signe sur lequel M. Gangolphe a appelé l'attention, l'on ne voit pas se dessiner sous la peau le réseau veineux si remarquable de l'ostéomyélite ordinaire. Le gonflement est parfois considérable : c'est ainsi que, dans l'observation de M. Tixier, il comprenait toute l'épaule, distendait l'aisselle et formait une véritable bosse au niveau de l'omoplate. La suppuration est donc établie. Si on intervient alors, on donne issue à un pus ordinairement phlegmoneux, mais qui, au bout de peu de temps, deviendra sanieux, fétide, noirâtre, et renfermera des globules huileux.

Nous voyons donc que ces formes suraiguës peuvent débiter soit par des symptômes généraux très graves, soit au contraire par l'établissement de la suppuration, à laquelle succèdent les symptômes de l'infection générale.

Un fait capital dans la symptomatologie de ces formes suraiguës, ce sont les complications articulaires des jointures voisines ou éloignées du foyer ostéomyélite. Elles sont spéciales à l'ostéomyélite de l'adulte et du vieillard.

Nous verrons, à propos de l'anatomie pathologique, quel est leur mode de production ; disons de suite qu'elles sont le fait de la disparition de l'obstacle

naturel créé par le cartilage de conjugaison à l'extension du processus inflammatoire. Ces arthrites postostéomyélitiques en imposent souvent pour des arthrites primitives, et masquent la lésion osseuse. Mais la pression exercée au point malade amènera une douleur vive qui, seule, pourra faire penser à l'existence d'une lésion osseuse due à l'ostéomyélite.

Tels sont les modes de début et la marche des formes suraiguës, ainsi qu'il ressort de nos observations, de sources diverses, mais de description symptomatique presque identique. Nous n'hésitons pas à en tirer un tableau clinique bien net, et à dire que l'ostéomyélite sénile suraiguë présente un type spécial, utile à connaître si l'on veut agir vite et bien. A l'appui de la description clinique de cette première forme, il nous paraît intéressant de reproduire trois observations d'ostéomyélite sénile suraiguë.

OBSERVATION I.

(In *Bulletin. Soc. Clin.* 1880. — *Observation Ricard.*)

OSTÉOMYÉLITE SURAIGUE DU FÉMUR (DIAPHYSE) CHEZ UN VIEILLARD DE 61 ANS. — INTERVENTION. — MORT.

Le nommé I.. (Jules), âgé de 61 ans, matelassier, entre le 6 août, dans le service de M. le docteur Th. Auger, à l'hôpital Cochin. Il est couché au lit n° 3, baraque n° 1.

Si l'on interroge ce malade au point de vue de ses antécédents, on ne trouve rien d'intéressant dans son passé pathologique. Il a eu la rougeole vers l'âge de 6 ans, depuis il s'est toujours bien porté. Pas de scrofule. Pas de syphilis. Quant à l'affection qui l'a amené à l'hôpital, voici comment il en raconte le début.

Un mois et demi avant son entrée, c'est-à-dire dans les

commencements de juin, le malade ressentit dans la cuisse droite une douleur d'abord sourde et intermittente, pas assez intense pour l'empêcher de travailler; la douleur ne fit que s'accroître et vers le 15 juin environ, le malade fut obligé de s'aliter; il ressentait en ce moment dans la cuisse des élancements et des battements tels qu'il lui semblait qu'on lui « brisait les os ». Le membre inférieur était lourd, impotent. Un médecin fut appelé et prononça les mots de névralgie, rhumatisme; le malade prit quelques potions qui restèrent sans effet; la douleur augmentant encore, le médecin appliqua une série de vésicatoires sur la cuisse.

Pendant 7 semaines, le malade fut en proie à des douleurs intolérables et nous arriva dans l'état suivant :

6 août. — Le faciès est pâle, amaigri, la langue blanche, saburrale, sans être sèche; la peau chaude, la température axillaire donne 39°, la cuisse droite est triplée de volume; la jambe, le pied participent au gonflement, la couleur est d'un blanc mat. La jambe est en demi-flexion sur la cuisse.

En examinant le membre, on voit qu'il existe un œdème considérable : que dans l'articulation du genou, il paraît y avoir du liquide. Mais ce qu'on remarque de plus important, c'est que sous l'œdème de la cuisse il y a une fluctuation manifeste, et que cette fluctuation se perçoit franchement dans toute l'étendue du membre, en haut comme en bas, en avant comme en arrière; albuminurie.

Le 7. — On pratique, sans le chloroforme, des incisions larges et multiples ainsi réparties : trois à la partie antérieure et médiane, une à la partie inférieure et interne et deux à la partie postéro-externe de la cuisse. Ces incisions donnent issue à un litre et demi de pus environ; on relie les différentes incisions par des tubes à drainage. Injections phéniquées, pansement phéniqué. T. S. 39°,8.

Le 10. — Aucune réaction du côté des plaies qui restaient atones et blafardes. La source du pus paraît tarie : la pression sur la cuisse vide les foyers que les incisions n'ont pas encore atteints. Les douleurs ont diminué; le malade s'étiole,

ne mange pas; une diarrhée persistante s'établit; la température oscille entre 37°,8 le matin et 39°,5 le soir. Frissons irréguliers.

Le 12. — On pense à faire de nouvelles incisions pour combattre plus efficacement la stagnation du pus : le malade est anesthésié par le chloroforme et les incisions existantes sont largement agrandies par le thermo-cautère.

Le 15. — Diarrhée persistante. Albuminurie. Mort à 4 h. de l'après-midi.

L'autopsie fut faite 36 heures après la mort, le 17.

Le cerveau était pâle, mais sain. Le poumon, absolument normal, est exempt d'adhérences. Le péricarde contient environ 40 grammes d'un liquide séreux. Le cœur est petit, gras, flasque, à peine coloré; sur la face antérieure du ventricule droit existe une large plaque laiteuse de la largeur d'une pièce de 5 francs; les orifices sont normaux.

Le foie est jaunâtre, gras, pèse 1250 gr., les reins sont gros et entièrement gras à l'examen microscopique, ils ont donné nettement les réactions propres à la dégénérescence amyloïde.

Les autres viscères abdominaux étaient sains.

Le fémur malade était entièrement séparé des parties molles par une membrane granuleuse et partout baignait dans le pus. L'articulation de la hanche était saine, celle du genou était remplie de pus, quoique la synoviale ne fut pas perforée. En pratiquant sur le fémur une coupe longitudinale, on trouve sur toute la périphérie du tissu compact une néo-formation osseuse qui enveloppe l'os primitif. Cette néo-formation est surtout marquée vers la partie moyenne et donne à l'os un aspect fusiforme; toutes les aréoles de ce nouveau tissu, qui est friable, sont remplies de pus, le tissu compact est injecté, vascularisé et creusé par places de vacuoles purulentes. La moelle est rouge, comme cornifiée et contient plusieurs abcès de la grosseur d'une petite noisette.

Nous avons donc eu affaire à une ostéomyélite suraiguë survenue spontanément et il nous a paru intéressant de publier son observation à cause de la rareté de cette affection chez le vieillard.

OBSERVATION II.

(In *Thèse Lohmann, 94. Tubingen (cas n° 19.)*)

OSTÉOMYÉLITE SURAIGUE CHEZ UNE FEMME DE 54 ANS. —
INTERVENTION. — MORT.

Anna G..., âgée de 54 ans, n'accuse aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel. Elle fut prise brusquement, le 28 octobre 1889, sans cause appréciable, de douleurs d'abord sourdes, puis bientôt très vives et s'exaspérant pendant la nuit, au niveau de la partie antérieure et externe de la cuisse droite. Ces douleurs sont accompagnées d'une impotence fonctionnelle de tout le membre inférieur droit, qui oblige la malade à garder le lit.

Depuis le 2 novembre, la malade a constaté du gonflement et de la rougeur dans toute la cuisse droite. Elle entre à l'hôpital le 5 novembre 1889. L'état général est mauvais; la malade est très cachectique, la température oscille entre 38°,5 et 39°,7. Il existe une tuméfaction considérable de la cuisse droite et un œdème de tout le membre inférieur. Il n'y a pas de battements, mais on perçoit une fluctuation profonde. Le 13, une ponction exploratrice est pratiquée, mais on ne trouve pas de foyer purulent. L'état général de la malade est de plus en plus faible; le pouls est très petit et fréquent. Il y a de l'anorexie, la langue est sèche, la fièvre est intense.

Le 15, l'opération est pratiquée. L'os mis à nu, on donne issue à plus d'un demi-litre de pus épais, brun, fétide. Le fémur est dénudé sur une très grande étendue. On fait une seconde incision à la partie externe de la cuisse, et une troisième à la partie postérieure. On draine après avoir largement lavé : pansement humide. Le lendemain, la malade meurt dans le délire et l'adynamie la plus complète.

Autopsie. — La mort a eu lieu par septicémie. Il y a des abcès métastatiques dans le poumon et le rein, une pleurésie purulente, de la péritonite et de la cystite aiguë. Au niveau de la cuisse, on trouve du pus dans toute la cavité médullaire du fémur, mais particulièrement dans la partie moyenne. Le pus forme une nappe purulente décollant tout le périoste.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. Tixier, interne des hôpitaux.)

(Lyon Médical, juin 1896.)

OSTÉOMYÉLITE SURAIGUE DE L'OMOPLATE CHEZ UN HOMME DE 58 ANS. — INTERVENTION. — MORT. — AUTOPSIE.

S..., cultivateur, âgé de 58 ans, salle Saint-Joseph, n° 17. Entré le 11 mars, mort le 19. Autopsie. (Service de M. le professeur Pollosson, Hôtel-Dieu.)

Le malade n'a aucun antécédent pathologique héréditaire ni personnel ; pas de syphilis, de tuberculose, ni de maladie infectieuse. Il a plusieurs enfants en bonne santé. Il y a deux mois, sans cause appréciable, il ressentit brusquement des douleurs très vives dans l'épaule gauche, accompagnées de symptômes généraux et d'une fièvre intense qui l'obligèrent à garder le lit. Le maximum de la douleur siège en arrière, au niveau de la fosse sus-épineuse, avec élancements très pénibles dans le bras, et irradiations jusqu'aux extrémités des doigts. Il existait en même temps une tuméfaction assez bien limitée à la fosse sus-épineuse. A ce moment, les symptômes généraux s'amendent pour quelques jours, le malade quitte le lit, mais bientôt les douleurs reparaissent accompagnées de fièvre et d'une impotence fonctionnelle absolue. La tuméfaction augmente considérablement : elle soulève toute la masse musculaire de l'épaule et gagne l'aisselle. Le malade entre à l'hôpital. Il est alors très cachectique, d'aspect misérable, la fièvre est intense, la langue sèche, rôtie. A l'examen, on découvre une collection purulente très étendue débordant le bord inférieur du grand pectoral, occupant toute l'aisselle, soulevant tous les muscles de l'épaule. En arrière surtout, l'épaule présente une tuméfaction énorme. Le malade ressent des lancées douloureuses le long des nerfs du plexus brachial, on pense à adéno-phlegmon. Cependant M. Pollosson, en voyant le malade, fait cette remarque : « Si c'était un jeune homme, on ferait le diagnostic d'ostéomyélite de l'omoplate, mais il a 58 ans ! »

Opération. — Le malade est si cachectique qu'on n'ose l'endormir. On pratique une grande incision à l'angle inférieur de l'omoplate, une seconde au niveau de l'épine, une troisième au niveau du bord supérieur, une quatrième en avant le long du bord inférieur du grand pectoral. Il s'écoule une énorme quantité de pus (2 litres) crémeux, verdâtre, chaud. Le doigt introduit dans la plaie arrive immédiatement sur l'omoplate dénudée en arrière dans toute l'étendue de la fosse sus-épineuse, en avant dans presque toute l'étendue de la fosse sous-scapulaire. Il existe une large brèche admettant le passage de deux doigts et permettant d'explorer les deux fosses. On trouve de petits séquestres lamellaires dans le pus. Grands lavages, tamponnement. L'état général ne permet pas une intervention plus complète.

Le malade meurt de cachexie, le 16 mars, avec une très haute température. L'autopsie est pratiquée le 17 mars.

Autopsie. — L'omoplate est dénudée dans sa plus grande partie. Le périoste est séparé de l'os par une nappe de pus. L'os manque dans la partie inférieure de la fosse sous-épineuse. L'articulation scapulo-humérale est absolument indemne. Les autres organes ne présentent rien de particulier.

Mais toutes les formes ne sont pas aussi caractéristiques. A côté de ces cas typiques, à marche rapide, à symptômes généraux graves dès le début, il en est d'autres, où les symptômes locaux et généraux font défaut pendant longtemps, où l'examen le plus attentif de la région indiquée par le malade comme légèrement douloureuse ne fournit aucun renseignement précis ; où la palpation la plus minutieuse des parties profondes est négative sur la présence d'une suppuration centrale ; la pression, les mouvements ne provoquent aucune douleur ; puis, longtemps après, sous une

influence insignifiante, comme un changement de température ou l'application d'un vésicatoire sur la région (observation de Th. Auger), brusquement, la suppuration s'établit, s'accompagnant d'une exacerbation atroce des douleurs qui prennent un caractère térébrant. Ces symptômes nouveaux viennent éclairer le diagnostic presque impossible à poser pendant la longue période négative du début ; la lecture de l'observation suivante sur un cas d'ostéomyélite suraiguë du tibia chez un homme de 54 ans en donne un exemple frappant.

OBSERVATION IV.

(Revue de la Société de chirurgie, janvier 1879.)

(Thèse AUGER.)

OSTÉOMYÉLITE SURAIGUE DU TIBIA CHEZ UN HOMME DE 54 ANS.

TRÉPANATION. — MORT.

« J'ai donné des soins à un homme de 54 ans, qui, le lendemain d'une partie de chasse fut pris de douleurs très vives à la jambe. Il n'y avait pas de gonflement. La pression ne développait aucune douleur, et je crus à une simple névralgie. Pendant un mois, sauf les douleurs qui empêchaient la marche, il ne survint aucun signe extérieur. A la suite de l'application d'un vésicatoire, apparut un gonflement du tibia. Une incision au niveau du gonflement donne issue à une petite collection purulente. Le lendemain, je constate un nouveau gonflement de la partie supérieure du tibia, que je fus obligé d'inciser. Quelques jours après, l'articulation du genou était envahie et je diagnostiquai une ostéomyélite. Après avoir pris l'avis de mon collègue Labbé, je me décidai à appliquer une série de couronnes de trépan qui mirent à nu presque tout le canal médullaire ; j'ouvris largement l'articulation du genou, puis j'appliquai un pansement antiseptique. Cet individu resta trois mois avec une suppuration

abondante et finit par succomber à une pyohémie. Voilà un cas évident d'ostéomyélite qui reste un mois sans douleur ni signes extérieurs, car en présence de douleurs j'aurais certainement trépané. »

II. Ostéomyélites séniles aiguës et subaiguës.

— A côté de ces formes suraiguës, foudroyantes, se terminant presque fatalement par la mort, il en est d'autres à marche plus lente, à symptômes généraux moins graves, se rapprochant beaucoup plus du type clinique de l'ostéomyélite des adolescents, mais présentant cependant une intensité moindre, des symptômes moins accentués, une marche moins rapide que dans ce dernier type. La suppuration s'établit plus lentement et dure presque indéfiniment ; l'élimination des séquestres se fait tardivement. Ces séquestres ne présentent pas la forme gothique caractéristique du séquestre ostéomyélique des adolescents (voir l'observation de M. le professeur Durand) ; ils peuvent être très volumineux, ou bien au contraire s'éliminer sous forme pulvérulente par des fistules multiples en pomme d'arrosoir. Les pertes de substance sont souvent considérables, et ne se combleront qu'avec une lenteur désespérante. La réparation n'est jamais complète, car chez le vieillard, le travail normal d'hypertrophie n'existe pas comme chez l'adolescent. C'est ce qui ressort des observations suivantes.

OBSERVATION V.

(Inédite. Personnelle. — Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet.)

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DU TIBIA. — INTERVENTION. — GUÉRISON.

G... Jean, 63 ans, cultivateur à Ancy, salle St-Philippe, n° 1.
— Il s'agit d'un vieillard chez lequel aucune trace de syphilis,

de tuberculose, de paludisme ou d'alcoolisme n'a pu être relevée, tant dans les antécédents héréditaires que dans l'histoire personnelle du sujet. Aucune maladie infectieuse, sauf en 1857, une légère pleurésie sèche *a frigore*, rapidement guérie du reste. L'affection qui l'amène à la clinique chirurgicale de M. le professeur Poncet, aurait débuté, il y a quatre mois, à la suite d'un léger coup de corne de vache (?); peu de temps après, le malade remarqua au niveau du point traumatisé, à la partie supérieure et interne du tibia gauche, une vive rougeur et un gonflement accompagné de douleurs sourdes, peu intenses. Tous ces phénomènes disparurent au bout de quelques jours, puis, brusquement, deux mois après le traumatisme, ce vieillard ressentit de vives douleurs, surtout aiguës la nuit, au niveau du point traumatisé, douleurs accompagnées de fièvre intense, de frissons, de perte de l'appétit, d'amaigrissement rapide; il remarqua en même temps une tuméfaction considérable gagnant tout le tiers supérieur de la jambe, mais surtout marquée à la face interne et supérieure du tibia. Ce malade reste dans cet état pendant plusieurs jours, les douleurs augmentent encore d'intensité, elles s'irradient dans tout le membre inférieur droit; l'impotence fonctionnelle est absolue. La tuméfaction augmente, la suppuration s'établit; le pus se fait jour au dehors par plusieurs fistules en pomme d'arrosoir; ce pus est assez abondant, séreux, contenant quelques grumeaux blanchâtres. Le malade entre, le 10 décembre 1895, dans la clinique de M. le professeur Poncet, salle Saint-Philippe, n° 1.

Le malade est d'aspect cachectique, son état général est médiocre. Sa température oscille entre 38°5 et 39°7, il a quelques frissons; la langue est sèche, rôtie, anorexie complète, insomnie. Au tiers supérieur de la face interne du tibia, on remarque une tuméfaction volumineuse, œdématiée, dure à la périphérie, avec quelques points fluctuants au centre, au niveau des fistules en pomme d'arrosoir, d'où s'écoule un pus séreux, contenant des grumeaux, mais pas de parcelles osseuses. A ce niveau, le tibia semble hypertrophié,

mais cette hypertrophie tient beaucoup plus aux tissus mous périphériques qu'à l'os lui-même, l'articulation du genou est absolument saine, pas de ganglions inguinaux. Rien aux poumons, rien au cœur. Léger disque d'albumine dans les urines.

OPÉRATION. — 19 décembre. Après anesthésie à l'éther, M. le professeur agrégé Curtillet pratique une longue incision de 12 centimètres à la face antéro-interne du tibia. Evacuation d'une assez grande quantité de pus rougeâtre, granuleux, collecté sous la peau. Les masses musculaires baignent dans le pus ; on arrive à l'os, il est dénudé par places, et l'on constate un notable épaissement des couches parostales. Tout près de l'épiphyse, on tombe sur une cavité osseuse, irrégulière (trépanation spontanée) où pénètre facilement le petit doigt. On agrandit largement cette cavité à la curette, on retire plusieurs fragments osseux, longs de un à deux centimètres, se détachant facilement du reste de l'os, véritables séquestres d'ostéomyélite. On se trouve bien en présence d'une ostéomyélite aiguë, à lésions typiques. On ramène également des portions de tissu spongieux, dont l'examen histologique sera fait. Assez peu de pus dans la cavité médullaire, plutôt du tissu osseux raréfié. La brèche osseuse a 10 centimètres de long sur 6 centimètres de large et 7 de profondeur. Après un curage complet et de grands lavages, on la bourre de gaze iodoformée.

L'état général s'améliore les jours suivants : plus de fièvre ni d'insomnie ; l'appétit revient ; les douleurs ont presque complètement disparu. — Au premier pansement, six jours après, la plaie a un très bel aspect : de gros bourgeons charnus apparaissent au fond et sur les parois de cette vaste cavité osseuse. On renouvelle le pansement à la gaze iodoformée tous les jours. Légère suppuration, mais de bonne nature, qu'on se garde de tarir.

15 janvier. — La cavité se comble lentement ; on régularise au crayon de nitrate d'argent les bourgeons charnus exubérants. — Pansement tous les huit jours ; la plaie ne marche que très lentement vers la cicatrisation ; le malade marche,

car son âge est une contre-indication au repos permanent au lit.

20 janvier. — La plaie ne mesure plus que 7 centimètres de long sur 4 de large et 3 de profondeur ; — les bourgeons charnus n'ont pas comblé complètement la cavité.

Le malade désire, pour des raisons particulières, quitter la clinique, il promet de se faire soigner chez lui et de renouveler son pansement tous les dix jours. Il peut marcher très facilement.

L'examen histologique fait par M. Dor, chef du laboratoire de la clinique, dénote dans les séquestres et dans le tissu spongieux du staphylocoque blanc et doré.

Nous avons eu des nouvelles de ce malade : les fistules donnent toujours un peu ; — pas de douleurs ; — le malade peut vaquer à ses occupations.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Durand.)

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DE L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE DU TIBIA CHEZ UNE FEMME DE 58 ANS. — INTERVENTION. — ABLATION DE SÉQUESTRES. — GUÉRISON.

C..., 58 ans, ménagère, entrée le 30 septembre 1895, salle Saint-Pierre, lit 87. Antécédents héréditaires ; néant. — L'affection actuelle a débuté, il y a 13 mois, en octobre 1894, à la suite d'un violent coup de pied reçu à la partie inférieure du tibia. La malade peut néanmoins continuer à travailler jusqu'au mois de janvier suivant. A cette époque, la région se tuméfie et devient douloureuse. Collection purulente qu'on incise simplement, ce qui donne issue à une assez grande quantité de pus sanguinolent. — La plaie guérit mais la région reste très douloureuse, et bientôt la collection se reforme. — Nouvelle ouverture donnant issue à une quantité encore plus considérable de pus. Etablissement d'une fistule ; suppuration continue. — Au mois d'août 1895, nouvelle collection purulente sur le côté externe de la jambe ; elle est ouverte, nouvelle fistule intarissable, douleurs de plus en

plus violentes, surtout nocturnes, qui amènent la malade à l'Hôtel-Dieu.

30 septembre 1895. — La malade a un état général peu satisfaisant, elle a beaucoup maigri. T. 38°. Les trois fistules suppurent beaucoup. La région est douloureuse, empâtée profond, impotence absolue de la jambe.

Intervention, le 4 octobre 1895. — M. le Professeur agrégé Durand pratique une incision de 7 centimètres parallèle à la face interne du tibia ; on trouve un orifice étroit qui prolonge dans l'os la fistule cutanée interne. Les bords bourgeonnants de cet orifice n'ont pas l'aspect fongueux des lésions tuberculeuses. Cette fistule est au niveau de la région juxta-épiphyssaire.

Avec la gouge et le maillet on arrive dans la cavité médullaire, remplie de séquestres baignant dans un pus séropurulent qui n'a pas du tout l'aspect du pus tuberculeux. On agrandit la porte créée, ce qui mène tout près de l'articulation, sans cependant l'intéresser. Nettoyage de la cavité, dont les parois sont parfaitement nettes, et ne révèlent nulle part la présence de nouveaux séquestres en voie de formation. Bourgeons charnus tapissant la cavité par places ; les uns sont en très bon état, on les conserve ; d'autres sont enlevés à la curette, à cause de leur aspect granuleux et blafard. Il y a 6 séquestres poreux, à contours arrondis, sans forme gothique bien accusée, un peu infiltrés ; ils revêtent la forme de séquestres d'ostéite. Cautérisation et grattage des foyers, des fistules et des trajets fistuleux dans les parties molles. Drainage, pansement humide.

10 novembre. — Très notable amélioration ; — état général meilleur ; — l'appétit est revenu ; — plus de fièvre ; — la suppuration est de moins en moins abondante ; — drains enlevés ; — les plaies sont en excellent état et marchent rapidement vers la guérison ; — la vaste brèche osseuse et charnue se comble rapidement.

28 novembre. — La malade part, l'incision suinte toujours, mais sera bientôt complètement cicatrisée, la malade ne souffre plus et peut facilement marcher. — Etat général satisfaisant.

Complications. — Nous nous occuperons surtout des complications générales et locales si fréquentes dans le cours de l'ostéomyélite sénile suraiguë. Dans les formes subaiguës, ces complications, d'ailleurs rares, ne se différencient pas de celles de l'ostéomyélite des adolescents.

Complications locales. — En premier lieu, est l'*arthrite*. Elle est secondaire le plus souvent à la propagation du pus du canal médullaire à travers l'épiphyse, après ulcération lente et perforation des cartilages diarthrodiaux. D'autres fois, cette propagation peut se faire par les parties molles, par simple perforation des culs-de-sac synoviaux. Ces complications articulaires, très fréquentes dans le cours de l'ostéomyélite sénile, ont été étudiées par M. le professeur Tillaux dans la thèse d'un de ses élèves, M. Lautier; elles apparaissent parfois dès le début de l'affection et en masquent l'origine réelle. Elles aggravent singulièrement le pronostic non seulement par les dangers de l'infection mais parce qu'elles propagent les lésions aux os voisins; une arthrite suppurée peut apparaître dans l'articulation située à l'autre extrémité de l'os: l'affection qui a débuté dans la cuisse ou la jambe peut gagner le genou pour envahir la jambe ou la cuisse. A la hanche, aux deux épaules, au genou, on a plusieurs fois observé des luxations spontanées. Les lésions éloignées de ces arthrites secondaires sont faciles à prévoir: c'est l'ankylose vicieuse presque complète. Nous retrouvons ces arthrites secondaires multiples dans les formes les plus graves.

Les *décollements épiphysaires* sont encore une des complications locales qui peuvent survenir dès les premiers temps de l'affection. Leur siège le plus fréquent dans l'ostéomyélite sénile est l'extrémité supérieure de l'humérus; ils ne sont pas aussi précoces que dans l'ostéomyélite du jeune âge. On les observe plutôt dans les cas à marche moins aiguë et rapide. Ils sont le plus souvent le fait d'une suppuration abondante ainsi que le prouve l'intéressante observation de M. le Dr Villard.

OBSERVATION VII.

*(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr Villard,
chef de clinique chirurgicale;
recueillie dans le service de M. le professeur Pollosson)*

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS
CHEZ UNE FEMME DE 55 ANS. — DÉCOLLEMENT ÉPIPHYSAIRE. —
EVIDEMENT. — GUÉRISON.

Femme de 55 ans. — Aucun antécédent pathologique. Pas de tare tuberculeuse ou syphilitique. Il y a deux mois, douleur vive au niveau de l'épaule gauche, puis tuméfaction progressive du bras. Irradiations douloureuses dans tout le membre supérieur jusqu'au petit doigt. Fièvre intense. Ces phénomènes décident la malade à entrer à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Pollosson. On constate une tuméfaction douloureuse de tout le bras, mais surtout marquée dans la région deltoïdienne. La palpation permet de constater un empâtement diffus de l'os qui paraît notablement augmenté de volume. On constate en outre que la tuméfaction s'étend suivant les parois antérieure et postérieure de l'aisselle semblant fuser le long du grand pectoral et du grand dorsal. De légers mouvements imprimés au membre supé-

rieur sont encore possibles ; ils s'accompagnent de quelques phénomènes douloureux. L'articulation scapulo-humérale paraît saine.

Intervention. — Grande incision externe au niveau du foyer purulent. Les parties molles péri-humérales sont saines. On les incise couche par couche et on tombe sur une assez vaste collection purulente accolée à l'humérus (1/3 supérieur). Au milieu de ce foyer purulent, on trouve l'extrémité supérieure de l'humérus fracturée et déchiquetée. On pense un instant à une arthrite suppurée de l'épaule avec destruction de la tête, mais on reconnaît bientôt que l'articulation est absolument saine et que le point de départ est dans la cavité médullaire de l'humérus. On se trouve donc en présence d'un véritable décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus post-ostéomyélitique. Avec la curette, on évide cette cavité médullaire et on bouche à la gaze iodoformée. Les douleurs disparaissent. L'état général s'améliore. Guérison un mois après.

A côté des décollements épiphysaires, il faut noter les fractures spontanées ; aussi elles semblent être ici beaucoup plus rares que chez l'adolescent.

Il est par contre fréquent chez le vieillard d'assister à l'extension du processus inflammatoire à la totalité de l'os, à une panostéite ; les fusées purulentes dans les gaines tendineuses, les espaces inter-musculaires voisins de l'abcès osseux sont également observées. La multiplicité des foyers ostéomyélitiques se rencontre dans plusieurs de nos observations de forme grave. Dans l'observation de Lohmann, l'on trouve à l'autopsie des abcès dans le tibia, le radius, l'humérus, le calcanéum, etc. Le développement de ces abcès secondaires est successif et non simultané. Le pronostic en est grave.

Complications générales. — Les complications provenant d'une septicémie d'origine osseuse médullaire sont assez variées. Tous les organes peuvent être atteints, mais de préférence les viscères. Ces complications viscérales sont excessivement fréquentes dans la forme suraiguë. L'endocardite, les épanchements pleuraux purulents, les abcès métastatiques dans le foie, la rate, le cerveau et surtout les poumons et les reins sont de règle. Toutes nos autopsies dans les cas suraigus les mentionnent : les malades succombent donc emportés par une véritable pyohémie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Notre but, dans ce chapitre, est d'étudier surtout les lésions de l'ostéomyélite sénile des formes suraiguës.

Nous nous attarderons peu à décrire l'anatomopathologie des formes subaiguës dont les lésions osseuses périostiques, articulaires et les processus de nécrose diffèrent peu de celles des adolescents. Dans toutes nos observations d'ostéomyélite subaiguë ressort pourtant un fait important : c'est la lenteur du travail de réparation. L'absence de néoformations osseuses doit probablement dépendre d'une vascularisation moins grande de la moëlle osseuse et du périoste. Les séquestres restent longtemps avant de s'éliminer ; ils présentent rarement des formes gothiques caractéristiques de l'ostéomyélite ordinaire ; ils sont de petites dimensions.

L'anatomie pathologique des formes suraiguës présente des caractères assez nets que l'on retrouve d'une façon assez constante. Nous voyons d'abord que le foyer ostéomyélitique, de même que chez l'adolescent, a pour siège de prédilection l'épiphyse. La diaphyse est pourtant beaucoup plus fréquemment atteinte que dans l'enfance. Comment donc nos vieillards dont les os ne présentent plus depuis longtemps de cartilage de conjugaison font-ils de préférence des localisations juxta-épiphysaires ? M. le professeur Ollier pense que, malgré la disparition des cartilages de conjugaison, la vascularisation de l'épiphyse reste toujours plus marquée et qu'elle garde une indépendance relative de celle de la diaphyse. Dans nos observations de formes suraiguës nous voyons l'épiphyse atteinte quatre fois, la diaphyse trois fois. Nous avons enfin deux observations de panostéite.

Quelles sont donc les lésions du périoste et de la moëlle ? Quel est le mécanisme des complications articulaires et des décollements épiphysaires si fréquents dans l'ostéomyélite suraiguë ?

Le périoste est, au début, décollé sur une large étendue tout autour des foyers osseux ; quelquefois sur toute la longueur de l'os ; il est soulevé par une sorte d'œdème inflammatoire qui, rapidement, devient purulent ; il est épaissi, infiltré, congestionné et, dans les formes graves, est réduit à l'état de cartilage noirâtre, c'est-à-dire gangrené. Il s'agit donc alors de périostite gangréneuse. Le pus, dans ce cas, est couleur marc de café, contenant des gouttelettes huileuses.

Le tissu spongieux est ordinairement infiltré de pus

et le processus de nécrose se fait très rapidement. Le canal médullaire est rempli de pus dans toute sa longueur ; celui-ci traverse les canaux de Havers jusque sous le périoste ; la substance osseuse, proprement dite, est dans un bain de pus saniëux. Ces désordres se reproduisent sur toute la longueur de la diaphyse osseuse dans les cas graves et les complications emportent le malade avant que les parties frappées de nécrose se séparent des parties restées saines.

Quelles lésions présentent les complications ? Nous avons vu que le mécanisme des arthrites secondaires si fréquentes dans l'ostéomyélite sénile se faisait par propagation dans l'article du pus de l'abcès osseux à travers les épiphyses et par perforation spontanée des cartilages diasthrodiaux. Cette propagation se fait d'autant plus facilement qu'il n'existe plus chez le vieillard de cartilage de conjugaison qui oppose chez l'enfant une sorte d'obstacle naturel à l'expansion du processus inflammatoire. Le cartilage diarthrodial est le plus souvent lésé secondairement : tantôt c'est l'abcès périostique qui s'est ouvert dans la synoviale et le cartilage est lésé comme dans les arthrites suppurées ; très fréquemment l'ostéomyélite gagne les couches osseuses sous-diarthrodiales. Dans ce cas, le cartilage présente au début de petites dépressions en forme de godets, toujours plus nombreux à la périphérie qu'au centre. Sous ces godets, qui répondent à un affaiblissement partiel du cartilage, se trouve, soit du pus, soit du tissu osseux altéré. Bientôt ces godets se perforent et conduisent à des collections purulentes épiphysaires (Chassaignac). Dans ces cas l'arthrite

suppurée est alors la lésion du cartilage diarthrodial. Donc, deux mécanismes différents : propagation du pus de l'abcès sous-périostique à l'article par perforation des cartilages diarthrodiaux ou propagation par les parties molles à travers une perforation de la synoviale.

L'affaiblissement de l'os au niveau de l'ancien cartilage épiphysaire, la raréfaction ou résorption osseuse consécutive à la suppuration déterminent ces *décollements épiphysaires* de même que dans l'enfance. La séparation de la diaphyse a lieu nettement entre cette diaphyse et l'épiphyse ; c'est là d'ailleurs que siègent les abcès les plus volumineux.

M. le professeur Ollier explique le décollement épiphysaire dans les formes tardives par la suppuration et la médullisation rapide du tissu osseux juxta-épiphysaire, favorisées d'ailleurs par la persistance d'une vascularisation presque aussi intense à ce niveau qu'au moment de la croissance.

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC.

Le diagnostic de l'ostéomyélite suraiguë a donné lieu à de nombreuses erreurs fatales : les phénomènes généraux, l'âge avancé des malades, la prédominance fréquente des symptômes articulaires font le plus souvent méconnaître l'ostéomyélite sénile ; de sorte que le diagnostic n'a souvent été fait qu'à des stades déjà

avancés de l'affection, au moment où les complications graves : abcès, formation de séquestres, nécessitent une intervention malheureusement trop tardive. Plus souvent encore la véritable nature des lésions n'a été reconnue qu'à l'autopsie. Ces erreurs sont toujours le fait de l'ignorance de la possibilité de l'ostéomyélite sénile. Que de cas d'ostéomyélite sénile ont été méconnus ! Méconnaître l'ostéomyélite suraiguë entraîne fatalement la mort du malade.

C'est généralement avec le rhumatisme articulaire aigu que l'erreur est le plus souvent commise. Cette affection est pourtant polyarticulaire et ne s'accompagne pas de l'œdème du membre avec dilatation des veines superficielles. L'échec du salicylate sur les douleurs et le gonflement articulaire ; celui de l'antipyrine sur l'abaissement de la température auront la plus grande valeur. Si on s'attache à bien localiser ces douleurs, on voit dans l'ostéomyélite que leur maximum se trouve un peu au-dessus ou au-dessous de l'interligne articulaire, et plutôt sur l'os que sur les tissus mous. Du reste, en soulevant le membre, les mouvements imprimés sans douleur permettent d'éliminer le rhumatisme. Le diagnostic peut donc être établi dès que l'attention a été attirée du côté du squelette. Le mode du début et la marche d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu faciliteront enfin le diagnostic.

Dans le cas de panostéite du fémur, le gonflement douloureux et considérable dans toute la cuisse pourra en imposer pour une *phlegmatia alba dolens*, ainsi que nous le voyons dans deux de nos observations :

l'existence d'un cordon induré caractéristique sur le trajet d'une grosse veine, manque pourtant dans le cas d'ostéomyélite.

L'ostéomyélite suraiguë a été prise quelquefois pour une ostéite tuberculeuse aiguë si fréquente chez les vieillards. Les formes aiguës de la tuberculose sénile n'évoluent jamais avec l'intensité si grande de l'ostéomyélite sénile. Dans ces cas, les symptômes douloureux, le gonflement, la suppuration ont des caractères qu'on ne saurait méconnaître.

L'existence d'un traumatisme antérieur fait croire à une simple contusion ; la rougeur, le gonflement au début, peuvent faire penser à une simple lymphangite et dans les cas où la suppuration est déjà établie, à un phlegmon diffus. C'est cette dernière erreur qui est fréquemment observée dans nos observations, et l'on voit des chirurgiens satisfaits après avoir, par de simples incisions, donné issue au pus et drainé ce supposé phlegmon. D'ailleurs dans les phlegmons diffus, la douleur, les phénomènes généraux, ne sont que consécutifs à la rougeur et au gonflement ; la douleur n'est pas osseuse ; elle ne siège pas au niveau de la région diaépiphysaire, les veines sous-cutanées ne sont pas dilatées, etc..., néanmoins nous voyons un cas d'ostéomyélite sénile suraiguë se compliquer de phlegmon diffus. On pourra penser seulement au début à l'ostéite névralgique. Mais celle-ci ne s'accompagne d'aucun symptôme inflammatoire aussi marquée que dans les cas d'ostéomyélite suraiguë.

Une des erreurs assez souvent commise est de confondre l'ostéomyélite sénile avec l'ostéosarcome. Dans

notre observation IV (personnelle) et dans celle de Alessandri le début lent, l'époque assez récente du traumatisme, l'apparition d'un gonflement dur avant les signes de suppuration, ont pu faire penser un moment à un ostéosarcome; mais au bout de quelque temps, la rougeur de la peau, la dilatation des veines sous-cutanées, l'élévation brusque de la température, les douleurs térébrantes, l'apparition de la suppuration avec les symptômes généraux ont bien vite fait reconnaître la véritable affection.

En un mot, l'intensité des phénomènes généraux, la marche rapide de l'affection, la multiplicité des lésions, leur siège et plus encore leur étendue, l'existence des complications articulaires feront donc reconnaître l'ostéomyélite sénile suraiguë.

Pronostic. — Le pronostic des formes suraiguës est des plus grave. Dans nos sept observations d'ostéomyélite suraiguë, nous voyons la mort arriver six fois. Une seule malade a été sauvée par l'amputation (obs. Alessandri). Comment la mort survient-elle? Les malades succombent à une infection générale soit très aiguë dès le commencement de la maladie (obs. Tixier, etc.), soit chronique dans les cas où la suppuration prolongée détermine la mort par septicémie (Ricard, etc.). Le pronostic immédiat est donc très grave car il ne dépend qu'en partie seulement du traitement, les malades sont enlevés par la gravité de l'infection malgré des incisions très étendues qui évacuent le pus il est vrai, mais qui souvent tardives ne vont pas jusqu'à la source de la suppuration, c'est-à-

dire dans l'intérieur même de l'os. L'issue est en rapport avec la précocité du diagnostic et d'une intervention hâtive et complète. Ainsi donc, ce qui domine le pronostic général de l'ostéomyélite sénile suraiguë, c'est l'intensité des symptômes généraux, les multiplicités des lésions, leur siège, les complications articulaires et l'apparition de l'infection purulente.

Tout autre est le pronostic des formes aiguës ou subaiguës : ce qui le caractérise c'est la lenteur désespérante de la réparation osseuse. Chez les vieillards, la guérison est rarement complète ; même après une intervention minutieuse la suppuration se poursuit des mois et des années ; il se forme plusieurs fistules qui donnent issue à un liquide séro-purulent ; à leur niveau les parties molles sont épaissies, oedématiées, adhérentes aux parties profondes, la température locale est élevée, l'impotence fonctionnelle est presque absolue et les malades sont exposés à de nouvelles poussées d'ostéomyélite subaiguë ou chronique, à des abcès, à des nécroses (obs. Poncet et Durand). Souvent enfin le malade épuisé par cette suppuration intarissable peut être obligé de sacrifier le membre suppurant.

TRAITEMENT.

Le traitement de l'ostéomyélite infectieuse sénile est le même que celui de cette maladie, quel que soit l'âge du sujet. — Il doit être essentiellement chirurgical ; en raison des désordres rapides du côté du squelette et des complications si fréquentes, il sera aussi précoce que possible. Une fois le diagnostic établi, — on ne perdra pas du temps dans l'emploi d'une médication générale, dans l'application *loco dolenti* de révulsifs dont le seul effet possible est d'atténuer la douleur, mais on aura recours à une intervention sanglante. Ici, les indications opératoires sont les mêmes dans l'ostéomyélite des vieillards que dans celle des jeunes sujets : l'observation clinique ne nous apprend-elle pas, en effet, qu'aux deux extrêmes de la vie, ces lésions infectieuses du squelette peuvent présenter une grande gravité et que dès lors on ne saurait trop tôt remplir certaines indications chirurgicales. C'est ainsi que l'on doit se hâter de pratiquer, selon les règles communes, une large incision au niveau du foyer douloureux. Cette incision permettra d'arriver suivant les cas sur des abcès périossseux ou sous-périostiques ; elle ne devra point s'en tenir à la simple évacuation du foyer purulent, mais comprendra le périoste ; dans les cas où il ne s'agit pas d'une ostéopériostite superficielle, mais d'une ostéomyélite proprement dite, c'est-à-dire d'une lésion profonde,

centrale, on ne peut avoir de prise que par une ou plusieurs larges ouvertures du canal médullaire. Ces trépanations seront faites soit à la gouge et le maillet, soit avec la couronne de trépan. Nous n'entrons pas dans le détail des différents procédés opératoires, qui ne présentent rien de particulier chez le vieillard. — Ouvrir largement, trépaner toujours, drainer aussi complètement que possible, telle est, suivant M. le Professeur Poncet, la conduite chirurgicale à suivre.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que le traitement de l'ostéomyélite suraiguë. Dans les cas d'ostéomyélite subaiguë ou chronique, lorsqu'il existe des abcès, des fistules entretenues par des séquestres, le traitement doit être celui de ces accidents secondaires. Nous ne saurions entrer à ce sujet dans une description qui s'applique à la cure de toutes les affections osseuses quel que soit l'âge du sujet. Enfin il est certains cas où l'amputation peut être d'emblée, ou à une date éloignée, la seule ressource. (Obs. Alessandri.)

Certains cas peuvent être rapportés, dans lesquels l'infection, à point de départ ostéomyélitique, est telle que c'est l'état infectieux général qui domine la scène avec des lésions osseuses relativement peu marquées, et dans ces cas tout traitement aura peu de prise.

OBSERVATION IX.

(Alessandri. — *Annali universali di medicina*, vol. 250. 1880).

OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TIBIA DROIT CHEZ UNE FEMME DE 53 ANS. — AMPUTATION. — GUÉRISON.

Cette femme entre à l'hôpital de Chiari le 30 mai 1879, pour des douleurs dans la jambe, ayant débuté il y a un

mois. Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels. Misère et fatigues pendant l'enfance. A 20 ans, affections utérines bénignes.

On constate une augmentation de volume de l'extrémité supérieure du tibia ; douleurs profondes rémittentes d'abord, continues ensuite ; pas d'état général au début : le diagnostic d'ostéosarcome est posé ; l'amputation proposée. Au bout de quelque temps, douleurs plus aiguës avec fièvre intense (40° 6) et frissons violents. Le lendemain, 41° ; pouls, 140 ; facies pâle, terreux ; langue sèche, rouge. Le genou se tuméfie considérablement, la tuméfaction de la jambe et celle du genou ne font plus qu'une. Le diagnostic d'ostéomyélite est posé. L'amputation pratiquée le 15 août.

La dissection du membre amputé montre le fémur baignant dans un pus jaune, verdâtre, qui s'est infiltré dans les muscles de la cuisse et de la jambe. On découvre le point de départ au niveau de la région juxta-épiphysaire du tibia. Dans cette région, néoformations ostéophytiques ; on découvre également dans la tubérosité externe du tibia une perforation par laquelle le pus de la cavité médullaire du tibia s'est épanché dans la cavité articulaire du genou.

Après l'opération, grande amélioration ; plus de fièvre, cicatrisation rapide, mais, six jours après, le 25 août, température de 38°. Moignon douloureux, oedémateux ; la cicatrice laisse sourdre des gouttes d'un pus verdâtre ; pansement phéniqué. Cet état persiste deux à trois mois. La suppuration diminue de jour en jour. Le 24 décembre, nouveaux frissons avec fièvre violente ; langue sèche ; nouvelle poussée aiguë ; fémur douloureux, puis tout rentre dans l'ordre. Enfin, la malade sort guérie en février 1880. La cicatrice est régulièrement linéaire, on peut très bien adopter à son moignon un appareil prothétique.

OBSERVATION X.

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Poncet.)

OSTÉOMYÉLTE DU TIBIA (PANDIAPHYSITE.) — TRÉPANATION.

Georges P..., ajusteur, 65 ans. Entré le 1^{er} juin 1869.

Pas de douleurs rhumatismales : pas d'antécédents syphilitiques. Santé toujours bonne. Il y a deux ans, à la suite d'un refroidissement le malade eut un rhumatisme articulaire aigu limité au membre inférieur. Il garda le lit pendant neuf mois. Au bout de ce laps de temps, il put reprendre son travail, quoique souffrant encore au niveau de la malléole interne gauche. Cette douleur n'était pas continue ; surtout après une journée de travail ; changement de température ; elle entraînait alors la claudication. La douleur envahit le tibia et vint se fixer au niveau de la tubérosité antérieure. Il compare ces douleurs à celles produites par un bistouri sectionnant les parties molles depuis la malléole tibiale jusqu'à la tubérosité antérieure. Entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gayet, on lui fit une petite incision au niveau de la tubérosité du tibia. Il sortit du sang, de la sérosité, mais jamais de pus, ni de séquestres.

Le 13 janvier 1869, le malade quitte l'Hôtel-Dieu ; plus de gonflement, mais la douleur persistait et occupait toute la longueur du tibia, au niveau du trajet fistuleux, la pression était douloureuse. Membre œdématisé et douloureux après une journée de fatigue.

A son entrée dans le service, douleur augmentant par la marche, plus vive pendant la nuit. Actuellement, il existe à la tubérosité antérieure un trajet fistuleux par lequel on pénètre à l'aide d'un stylet dans le canal médullaire.

22 juin. — Opération. Incision cruciale. Application de 2 couronnes de trépan. On enlève des séquestres et des fongosités situées dans le canal médullaire.

27 juin. — La plaie est recouverte par de nombreux bourgeons charnus.

30 juin. — Suppuration assez abondante.

Mort par albuminurie.

OBSERVATION XI.

(De M. Jaboulay. In Thèse Blanchon. Lyon, 1895.)

OSTÉOMÉYLITE AIGUE DE L'HUMÉRUS CONSÉCUTIVE A UN ANTHRAX DE L'ÉPAULE, CHEZ UN HOMME DE 54 ANS. — TRÉPANATION. — GUÉRISON.

Homme 54 ans, facteur chef au chemin de fer. Antécédents pathologiques nuls. Il y a deux mois, anthrax dans la région de l'épaule, qui fut incisé par M. le professeur Jaboulay et aujourd'hui complètement guéri. Un mois après le début de l'anthrax douleur vive à la pression au niveau de l'insertion humérale du deltoïde et irradiée jusqu'au petit doigt. Douleurs nocturnes.

Entré à l'hôpital en août 1893. Peau, tissu cellulaire, muscles, nerfs, vaisseaux sains. Diagnostic probable : abcès central de l'os.

Opération. — Incision vers la pointe du deltoïde. Décollement du périoste à la rugine qui fait sourdre un peu de pus ce qui fait supposer qu'il y a du pus dans la cavité médullaire. Trépanation de l'os. Issue d'une quantité considérable de pus. Tranchée osseuse de 3 centimètres. Drainage à la gaze. L'abcès siégeait dans la région juxta-épiphysaire. C'est donc une ostéomyélite consécutive à un anthrax de l'épaule gauche guéri depuis un mois.

OBSERVATION XII.

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le professeur Ollier.)

OSTÉOMYÉLITE AIGUE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR.

P. .. L....., âgé de 68 ans. Aucun antécédent scrofuleux. Accès de fièvre paludéenne à 35 ans.

A 50 ans, sans cause traumatique, il fut pris de violentes douleurs au niveau de l'extrémité inférieure du fémur droit. Deux ans après un abcès s'ouvrit par une ouverture placée

à 10 centimètres environ au-dessus de l'articulation du genou. Il en sortit du pus mêlé de sang et *trois séquestres peu volumineux*. Après leur évacuation, les douleurs qui s'irradiaient dans le genou disparurent subitement. Il reprit son travail qu'il put continuer pendant dix ans environ sans aucun phénomène morbide.

En 1884, il fut repris de douleurs au niveau de l'extrémité inférieure du fémur droit. Grande difficulté de la marche.

En 1886, un abcès s'ouvrit un peu au-dessus du genou ; il en sortit du pus sans séquestre.

En 1888, un nouvel abcès s'ouvrit.

En 1891, le malade ressent de vives douleurs dans toute la jambe droite, qui présente un gonflement et une rougeur intense dans la partie supéro-externe. La température locale est très élevée au niveau de l'inflammation. Il y a une augmentation considérable du volume du tibia et une fluctuation bien évidente sur un espace ovalaire ayant un diamètre vertical de 10 centimètres environ. Le malade ressent à ce niveau de vives douleurs qui s'exagèrent à la pression. La marche est devenue impossible. On donne, par une incision à ce niveau, issue à une petite quantité de pus jaunâtre et on évide à la curette les parties osseuses nécrosées sur une assez grande étendue. On bourre la brèche osseuse formée avec de la gaze iodoformée.

La cicatrisation est très longue à se faire.

CONCLUSIONS.

I. — On croyait jusqu'à ces dernières années que l'ostéomyélite infectieuse avec ses diverses modalités et surtout l'ostéomyélite infectieuse aiguë était l'apanage à peu près exclusif des jeunes sujets et qu'on ne l'observait plus une fois la période de croissance terminée. Cette opinion est beaucoup trop exclusive et du jour où la nature microbienne (staphylococcienne, streptococcienne ou autre) était nettement démontrée, il était à supposer que le phlegmon ostéomyélitique comme le phlegmon du tissu cellulaire pouvait se rencontrer à toutes les périodes de la vie. Cette opinion, que nous avons vu souvent émettre par M. le professeur Poncet s'appuyant sur plusieurs faits de sa pratique chirurgicale, est tout à fait justifiée par les douze observations typiques d'ostéomyélite aiguë que nous avons recueillies chez des gens âgés. Laissant de côté les formes moins malignes de l'affection qui doivent également se rencontrer à tous les âges, nous nous occuperons ici surtout des ostéomyélites aiguës.

II. — L'ostéomyélite infectieuse tardive et que nous appelons, par opposition à l'ostéomyélite infectieuse des adolescents, « ostéomyélite des vieillards », est loin d'être une rareté. Nos observations nous permettent d'en établir deux types cliniques :

1° Une *Ostéomyélite suraiguë* foudroyante, à marche rapide, caractérisée par l'intensité des symptômes généraux, par des complications articulaires et empor-

tant le malade avant que la suppuration soit complètement établie et le diagnostic posé. Cette forme est la plus fréquemment observée (7 observations).

2° Des *Ostéomyélites aiguës et subaiguës*, moins graves, se rapprochant du type classique de l'ostéomyélite du jeune âge ; mais présentant des symptômes moins accentués, une intensité moindre des phénomènes généraux et surtout une marche plus lente que dans l'enfance.

III. — Les lésions anatomiques spéciales aux formes séniles suraiguës sont celles qui relèvent des complications articulaires et des décollements épiphysaires. L'anatomie pathologique des autres formes est semblable à celle de l'ostéomyélite des adolescents.

IV. — Le pronostic très grave, presque fatal dans les formes suraiguës (6 morts sur 7 observations), est de beaucoup plus favorable dans les formes aiguës et subaiguës.

V. — Le traitement est essentiellement chirurgical. Il se résume, d'après M. le professeur Poncet, dans une intervention aussi hâtive que complète : longue incision, débridement, trépanation large du foyer infectieux. Dans les cas les plus graves, l'amputation d'emblée pourra être la seule ressource possible.

VU : LE DOYEN,

LORTET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE THÈSE,

PONCET.

Permis d'imprimer

Lyon, le 16 juillet 1896.

LE RECTEUR,

COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LANNELONGUE. — Monographie de l'ostéomyélite, 1879.
OLLIER. — Encyclopédie internationale de chirurgie, 1883.
PONCET. — Traité de chirurgie (Duplay-Reclus), T. II.
MAUCLAIRE. — Ostéomyélite de la croissance, 1893.
GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.
LAUTHIER. — Thèse, Paris, 1891.
LOHMANN. — Inaug. Dissert. Greifmald, 1892.
LEMOYNE. — Thèse, Paris, 1885.
BLANCHON. — Thèse, Lyon, 1895.
GARRÉ. — Beitrage Zur Klinische Chirurgie, 1893.
HAAGA. — Beitrage Zur Klinische Chirurgie, 1889.
KRASKE. — Centralbl. f. Chir., 1888.
WALTHER. — Soc. anatomique, nov. 1882.
WASSILIEFF. — Arch. génér. de méd., janvier 1891.

